☐☐☐☐ DECLARATION D'UNE MALADIE TRANSMISSIBLE OU D'UN DECES QUI EN RESULTE

(Loi n° 92 - 71 du 27 Juillet 1992 : Decret n° du / /)

Nom et Prénom : ..... Maladie : .....

Adresse : ..... Date de Déclaration .....

IDENTITE DU MALADE

Prénom	Nom	Date de naissance (Jour / Mois / Année)	Sexe	Profession ☐
			M. ☐ F. ☐	

RESIDENCE PERMANENTE

Gouvernorat ☐☐	Délégation ☐☐	Localité	Adresse

MALADIES

- ☐ Bilharzioses (120)
- ☐ Brucellose (023)
- ☐ Choléra (001)
- ☐ Coqueluche (033)
- ☐ Diphtérie (032)
- ☐ Echinococcose hépatique
- ☐ Echinococcose pulmonaire } (122)
- ☐ Echinococcose autre localisation }
- ☐ Fièvre Jaune (060)
- ☐ Fièvres Typhoide et paratyphoide (002)
- ☐ Hépatite virale A
- ☐ Hépatite virale B } (070)
- ☐ Hépatite virale C }
- ☐ Hépatite virale non typée
- ☐ Infections par les VIH / SIDA (279.19)
- ☐

- ☐ Infections uro genitales
  - à gonocoques (098)
  - à chlamydia } (099)
  - à mycoplasmes }
- ☐ Leishmaniose cutané } (085)
- ☐ Leishmaniose viscérale }
- ☐ Lèpre (030)
- ☐ Méningite à méningocoque (320 5)
- ☐ Paludisme (084)
- ☐ Peste (020)
- ☐ Poliomyélite antérieure aigue (045)
- ☐ Rage (071)
- ☐ Rhumatisme articulaire aigu (390)
- ☐ Rougeole (055)
- ☐ Syphilis (sypmtomatique, sérologique)

(091) (092)

- ☐ Tétanos (037)
- ☐ Typhus exanthématique et autres Rickettsioses (080- 083)
- ☐ Toxi-infection alimentaire collective (003 - 005)
- ☐ Tuberculose pulmonaire (011)
- ☐ Tuberculoses extra pulmonaires (010 012 016)
  (préciser) .....
- ☐ Variole (050)

ETAT VACCINAL DU MALADE

S'il s'agit d'une maladie cible du P.N.V. indiquer si le malade est :

- ☐ Complètement vacciné
- ☐ incomplètement vacciné
- ☐ non vacciné ☐
- ☐ état vaccinal imprécis/inconnu

Date du début de la maladie (Jour / Mois / Année)	Résultat confirmé par le laboratoire	RESULTATS ☐	Nom et Adresse du laboratoire
	OUI ☐ NON ☐ Date	• Germe isolé (nature) ..... • Sérologie+ (test et taux) ..... • Autre (préciser)	

Le malade a -t-il été hospitalisé ?	Décédé	Nom et adresse de l'Hôpital	Service d'Hôspitalisation ☐	N° Dossier Médical
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐			

Nom , Qualité et Adresse du Déclarant ☐	Date de déclaration (Jour / Mois / Année)	Signature et Cachet